

ALD, comment obtenir une prise en charge à 100 % ?

6 février 2022

La Sécurité sociale assure la prise en charge à 100% dans un certain nombre de situations, notamment dans le cadre d'affections qui se distinguent par leur gravité et/ou leur caractère chronique qui nécessite un traitement prolongé.

Les maladies concernées justifient une thérapeutique particulièrement coûteuse. Des soins importants qui correspondent :

- soit à une maladie identifiée et inscrite sur une liste établie (cancer, diabète, VIH, Alzheimer...),
- soit à une forme grave et évolutive d'une maladie ou de plusieurs pathologies associées, ne figurant pas sur la liste évoquée ci-dessus, mais entraînant une invalidité et/ou un traitement d'une durée supérieure à 6 mois.

Attribution

C'est le bureau de la Sécurité sociale, auquel vous êtes rattaché pour tout ce qui concerne la prise en charge de vos frais de santé, qui décide de vous attribuer ou non le bénéfice de l'affection de longue durée (ALD). Des critères très précis doivent être remplis pour chaque maladie. Votre médecin traitant doit établir un protocole de soins, détaillant les problèmes de santé que vous rencontrez justifiant vos soins récurrents et particulièrement coûteux, qu'il adresse à votre caisse d'Assurance maladie.

Ce qui est pris en charge

Tous les soins et médicaments en lien avec la ou les maladies vous ayant donné droit au statut d'ALD bénéficient d'une prise en charge à 100% :

- consultations et actes médicaux ;
- médicaments (s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie), quel que soit leur niveau habituel de prise en charge (65, 30 ou 15%) ;
- examens biologiques et radiologiques ;

- soins infirmiers et de kinésithérapie ;
- dispositifs médicaux (appareillages type béquilles, minerves, attelles, pansements et autres ustensiles de soins ; prothèses...) ;
- transports sanitaires (si votre état de santé le justifie).

NB : le remboursement à 100 % des frais relatifs à votre ALD est calculé sur la base des tarifs de la Sécurité sociale.

Ce qui n'est pas pris en charge

Les frais de santé qui ne sont pas en relation directe avec votre ALD font l'objet d'un remboursement aux conditions habituelles de prise en charge (pas à 100%). C'est le protocole de soins établi avec votre médecin traitant au moment de votre demande d'ALD qui définit la nature des soins concernés par une prise en charge à 100%.

Ainsi, les soins et les médicaments dont le prix dépasse les tarifs de la Sécurité sociale ne vous seront pas remboursés par l'Assurance maladie au titre de l'ALD, mais par votre complémentaire santé (mutuelle, assurance...), si vous en disposez. Cette disposition concerne :

- les dépassements d'honoraires, en particulier si vous consultez des médecins exerçant en secteur 2 ;
- les médicaments, examens et soins non remboursés par l'Assurance maladie ;
- les dispositifs médicaux (appareillages type béquilles, minerves, attelles, pansements et autres ustensiles de soins ; prothèses...) dont les tarifs peuvent souvent être libres et donc supérieurs à ceux prévus par la Sécurité sociale ;
- le forfait journalier hospitalier de 20€ en cas d'hospitalisation.

En revanche, certains frais ne sont pris en charge ni par la Sécurité sociale ni par la complémentaire santé, notamment :

- la participation forfaitaire de 1€ pour toute consultation, acte médical (soin) ou de biologie dans la limite de 50€ par an et par personne ;
- la franchise médicale de 0,50 € sur chaque boîte de médicaments ou acte paramédical (soin), ainsi que de 2€ sur chaque transport sanitaire (dans la limite de 50€ par an et par personne).

Pour Indecosa-CGT

Arnaud Faucon

Paru dans « Vie Nouvelle », journal des retraités CGT, de janvier 2022